

令和7年度 かかりつけ医等発達障害対応力向上研修会
～ASDの人の生活を支える～
第2回 「TEACCHに学ぶ 自閉症の「学習スタイル」とは」

今年度は、『自閉スペクトラム症（ASD）の人の生活を支える』をテーマに研修会を開催いたします。4回の研修を通じて、「療育」や「構造化」「その人らしく」など、ASDの支援においては馴染みのある言葉ではあるけれど、私たちが本当の意味を共有できているのかを再確認する必要があると考えました。また、自閉症スペクトラム症（ASD）の人々やその家族を支援するための包括的なプログラム「TEACCH（ティーチ）」の概要や実際の取り組み等について触れる機会になります。

第2回は「TEACCHに学ぶ 自閉症の「学習スタイル」とは」をテーマにTEACCH®上級コンサルタントである重松先生よりご講義いただくことになりました。その人らしく生きることを支えるためには、まずは自閉症の脳機能の個性としての「学習スタイル」を理解することから始まります。親子であっても、教師であっても、支援者であってもその違いを理解することで、当事者や家族にける言葉も変化します。

皆様の参加をここからお待ちしております。

【実施主体】 岡山県 岡山市

【実施機関】 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

【研修形式】 オンライン（Zoomウェビナーを利用）

【参加対象者】 医師・医療専門職・福祉専門職・行政職

【開催日】 第2回 令和7年12月4日（木）18:00～19:50

時 間	内 容
18:00～18:05	開会のあいさつ
18:05～19:05	講演：「TEACCHに学ぶ 自閉症の「学習スタイル」とは」 講師：川崎医療福祉大学医療福祉学部医療保育学科講師 重松孝治先生
19:05～19:35	指定発言 クリニカルクエスチョン 指定討論者：岡山県精神科医療センター 精神科医師 佐藤康治郎先生
19:35～19:45	質 疑 応 答
19:45～19:50	閉会のあいさつ

オンデマンド配信：準備が整い次第～令和8年3月31日（月）17:00まで、上記Live研修の内容を配信いたします。研修終了後、参照用URLをメールでお送りします。

【申込期限】：令和7年11月24日（月・祝）

【申込方法】：岡山県電子申請サービス又はFAXをご利用ください

＊岡山県電子申請サービスへは下記二次元コードからお申し込みください。



岡山県電子申請サービス二次元コードはこちら →

(FAX 送信先) 岡山県子ども・福祉部障害福祉課 大内 FAX 086-224-6520

- ★研修修了者（岡山県内の医師に限る）には岡山県知事名での修了証を交付します。
- ★県で研修修了医師の名簿を作成し、支援体制整備に向けて、掲載の同意をいただいた方について、岡山県のホームページに掲載させていただきます。
- ★日医生涯学習教育講座に認定されます。単位を希望される場合は、申込時に医籍登録番号をご記入ください。なお、認定には研修の最後までご参加いただくことが条件となりますので、ご注意ください。

(お問合せ先) 岡山県精神科医療センター 総務課 志茂/医師支援班 三木
電話番号：086-225-3821 MAIL：kakaritukei@popmc.jp

【全4回の研修内容と日程】

日時	内容
【第1回】 令和7年10月23日（木） 18:00～19:50	講演：「療育とは」 講師：児童発達支援事業所 星とたんぼぼ 所長 渡邊好子先生 指定討論者：なのはなクリニック 副院長 高橋友香先生 総合討論 座長：岡山市発達障害者支援センター医療専門監 壺内昌子先生
【第2回】 令和7年12月4日（木） 18:00～19:50	講演：「TEACCHに学ぶ 自閉症の「学習スタイル」とは」 講師：川崎医療福祉大学医療福祉学部医療保育学科講師 重松孝治先生 指定討論者/座長：岡山県精神科医療センター 精神科医師 佐藤康治郎先生 総合討論
【第3回】 令和8年1月15日（木） 18:00～19:50	講演：「ASD支援の今と未来（仮）」 講師：岡山大学学術研究院子どもの発達とメンタルヘルス講座 教授 廣田智也先生 指定討論者/座長：岡山大学学術研究院子どもの発達とメンタルヘルス講座 助教 古田大地先生 総合討論
【第4回】 令和8年2月12日（木） 18:00～19:50	講演：「TEACCHに学ぶ 自閉症児・者への「支援」とは」 講師：川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科 准教授 諏訪利明先生 指定討論者/座長：調整中 総合討論

令和7年度 かかりつけ医等発達障害対応力向上研修会

第2回 「TEACCHに学ぶ 自閉症の「学習スタイル」とは」

(12月4日)

※第1回研修会にお申込みいただいた方は、第2回目以降はお申込みの必要はありませんのでご注意ください。

受講申込書

受講回について	全4回 (1回お申込みいただくと全4回受講申込完了とさせていただきます)		
フリガナ 氏 名		連絡先 電話番号	※日中連絡がつく電話番号をご記入ください。
所属医療機関名等			
所属医療機関等 住所	〒		
職 種 (該当する方を 「○」で囲み、「診 療科」又は「職種」 を記載してくださ い。)	医 師 ・ その他	医師の場合 (診療科)	
		その他の場合 (職種)	
E-mail アドレス	(記載のアドレスに Zoom の受講方法、動画の視聴方法等を送付します。) ※メール環境都合により、outlook と hotmail、携帯電話のキャリアメール以外の アドレスでご登録ください。また、スマートフォンのアドレスでは資料がお送りでき ない場合がございます。予めご了承ください。		
修了者名簿の県 ホームページ掲 載について	(医師の方は、いずれかを○で囲んでください。)		
	同意する ・ 同意しない		

以下は、日医生涯学習教育講座の単位を希望される方のみご記入ください

医籍登録番号		岡山県医師会 会員区分	会員 ・ 非会員
--------	--	----------------	----------------

【FAX 番号】 086-224-6520

岡山県子ども・福祉部障害福祉課 (担当：大内)